

このページをコピーして 必要事項をご記入の上 FAX にて送付願います。

ご注文日	FAX送信枚数
/	枚 枚中

貴社名・貴店名		ご担当者	
ご住所 □□□□-□□□□		様	
TEL ( )	FAX ( )	※ご注文確認後、FAXにてお知らせしますので必ずご記入ください。	
e-mail @			
※上記住所以外にお届けをご希望の場合、ご記入ください。		TEL ( )	FAX ( )
ご住所 □□□□-□□□□		様	
※お支払い方法について必ずご記入願います。 ※下記①～③の□にチェックをお願いします。			
<input type="checkbox"/> ①お振込み ※初回お振込みのみ、ご入金確認後の発送となります。 ※2回目以降はご請求書を送付致します。 ご請求先(□にチェックをお願いします。) <input type="checkbox"/> 本仕様 <input type="checkbox"/> 支店様( 支店) <input type="checkbox"/> SS様			
<input type="checkbox"/> ②代理店様通し ※代理店様名をご記入ください。		<input type="checkbox"/> ③代金引換 ※代引手数料が必要です。	

押し券 ご注文内容	品番 113-	注文数	ロット
-----------	---------	-----	-----



商品名	
割引内容	

SS名	
元売マーク	
TEL	( ) -
有効期限	<input type="checkbox"/> 空白で OK! (日付印刷なし) <input type="checkbox"/> 期限を印字 どちらかに チェック☑を 入れてください。
年 月 日まで	
※その他 変更などあればご記入ください。	

※ご注意※  
 大幅なデザイン変更は  
 別途変更費がかかります。  
 (3,000円～10,000円)  
 変更費が必要となる場合は、  
 事前にご連絡いたします。